

## PARTO PRETERMINO

(PRETERM BIRTH)

\* Tinneth Monge Acuña

### RESUMEN

Cualquier persona que nazca con menos de 37 semanas de edad gestacional. Los bebés prematuros están expuestos a complicaciones graves hasta la muerte durante el período neonatal sin un tratamiento adecuado, los bebés que sobreviven tienen un mayor riesgo de por vida de discapacidad y mala calidad de vida.

Las complicaciones para los recién nacidos prematuros son la principal causa de muerte neonatal y la segunda causa de muerte de los bebés (menores de 5 años).

### DESCRIPTORES

Prematuridad, parto, recién nacido, tocolíticos, esteroides, sulfato de magnesio.

### SUMMARY

Anyone who birth at fewer than 37 weeks gestational age. Preterm infants are exposed to severe complications until death during the neonatal period without appropriate treatment, babies who survive have an increased lifetime risk of disability and poor quality of life.

The complications for Premature Newborns are the main cause of neonatal death and the second cause of infants death (under 5 years).

### KEYWORDS

Prematurity, delivery, newborn, tocolytic, steroids, magnesium sulfate.

\*Médico General.  
Universidad internacional de  
las Américas (UIA). San  
José -Costa Rica

### DEFINICION

Como se mencionó anteriormente se define como parto pretérmino al parto que se da antes de las 37 semanas, así mismo cuando una paciente se presenta con contracciones regulares y cambios cervicales se define como labor de pretérmino, si la paciente presenta contracciones pero no avanza en dilatación y borramiento se puede definir el cuadro como una falsa labor de pretérmino, el parto pretérmino en sí mismo es uno de los grandes contribuyentes a la morbimortalidad neonatal.

### ESTADISTICA

Desde un punto de vista estadístico, se puede decir que la incidencia de parto prematuro ronda del 10 al 15%, del total de partos prematuros un 50% ocurren de manera espontánea, 25% son precedidos por una ruptura prematura de membranas, y un 25% son iatrogénicos, ya sea que estos últimos deban inducirse por riesgo materno o fetal. en sí mismo es una de las mayores causas de discapacidad y muerte neonatal, tanto a corto como largo plazo, en especial parálisis cerebral, ceguera, sordera y enfermedad pulmonar crónica, el cuidado

de un bebé prematuro es caro y por ende muchas veces fuera del alcance de los más necesitados, por eso es una de las causas del deterioro en las estadísticas en salud en los países en vías de desarrollo.

## DIAGNOSTICO

El diagnóstico de labor de parto prematuro se da simplemente en una paciente que consulta por cuadro dinámica uterina regular con un embarazo menor de 37 semanas y que al examen físico presenta una dilatación mayor o igual a dos centímetros y/o un borramiento superior al 80%. En este apartado siempre ha surgido la pregunta se puede predecir que pacientes van a desarrollar una labor de pretérmino, se han tomado en cuenta factores como los son: factores de riesgo, presencia de vaginosis bacteriana, presencia de fibronectina fetal, y la medición de la longitud cervical.

Dentro de los factores de riesgo la identificación de un parto pretérmino previo es de los que ha demostrado mayor asociación a un nuevo parto pretérmino además se evidencia una asociación exponencial, de forma que la incidencia de parto prematuro para una mujer con un pretérmino previo ronda el 14%, pero cuando tiene dos pretérminos previos esta incidencia prácticamente se duplica, otros factores de riesgo identificados son embarazo múltiple, sobre distensión uterina (polihidramnios, macrosomía y miomas), anormalidades uterinas, insuficiencia cervical, vaginosis bacteriana, sangrado temprano en el embarazo, estado socioeconómico bajo, uso de tabaco. Además de los factores mencionados anteriormente tenemos la presencia de tres factores más, que son especialmente útiles en la prevención del parto prematuro, la

identificación de vaginosis bacteriana ya que dicha infección se puede asociar en un 20 a 40% de los casos con un parto pretérmino, de igual manera la identificación de la presencia de fibronectina fetal en vagina se correlaciona con parto pretérmino cuando se detecta después de las 24 semanas de edad gestacional, ya que indica disrupción e inflamación de las membranas fetales, situación que precede el inicio de la labor de parto. De igual forma la medición de la longitud cervical entre la semana 18 a 24 ha demostrado correlacionarse con un riesgo aumentado de parto pretérmino, longitudes cervicales de menos de 25mms se asocian con mayor incidencia de parto ante de 36 semanas con 6 días.

## PREVENCION

El enfoque en este momento se encuentra en prevenir el parto pretérmino y en disminuir las consecuencias del mismo, en el primer apartado podemos mencionar el uso de antibióticos, agentes progestágenos y el cerclaje en la prevención del parto prematuro, los estudios han demostrado que el uso de antibióticos en presencia de flora vaginal anormal, o vaginosis bacteriana reducen la incidencia de parto pretérmino, pero otros estudios han generado controversia sobre el beneficio real de tratar la vaginosis bacteriana.

Por otra parte, el uso de agentes progestágenos ha demostrado una reducción importante del parto pretérmino cuando se utiliza como profiláctico, no así cuando la labor de parto ya se ha instaurado, se ha demostrado éxito con este agente como profiláctico en mujeres con cérvix corto.

El uso del cerclaje profiláctico y de emergencia ha demostrado mejoría en la

incidencia de parto prematuro así mismo ha demostrado tasas de supervivencia superiores al 89%.

## TRATAMIENTO

En este apartado nos centramos en el manejo de las pacientes que se presentan con dinámica uterina regular y cambios cervicales, dicho manejo se centra en uso de tocolíticos para intentar reducir la dinámica uterina, uso de neuroprotección, y maduración pulmonar para disminuir la morbimortalidad respiratoria.

Los tocolíticos son medicamentos que se utilizan para inhibir la dinámica uterina mediante la relajación del músculo liso uterino, estos medicamentos actúan mediante múltiples mecanismos, que resultan finalmente en una falta de disponibilidad intracelular de calcio iónico, llevando esto a una limitación en la formación del complejo actina-miosina. Sin embargo, la verdadera utilidad de estos medicamentos se ha puesto en duda en múltiples ocasiones, su verdadero valor actualmente consiste en terapia de apoyo para mantener el embarazo mientras se completa la maduración con esteroides.

El uso de agentes tocolíticos después de las 34 semanas no está indicado, entre los

agentes disponibles como tocolitos tenemos, los simpaticomiméticos, los bloqueadores de canales de calcio, los antagonistas del receptor de oxitocina, inhibidores de la sintetasa de prostaglandinas, sulfato de magnesio, y los donadores de óxido nítrico.

El uso de esteroides entre las 24 y 34 semanas se asocia con una reducción de la incidencia del síndrome de distrés respiratorio, la muerte neonatal, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante, los dos esteroides utilizados son la betametasona y dexametasona con dosis total de 24 mg en sus diferentes esquemas, preferiblemente en esquema único, aunque hay estudios que hablan sobre dosis de rescate.

Por último, la evidencia respalda el uso de sulfato de magnesio como neuro protector en infusión continua durante la labor de parto, su uso sistemático en embarazos de menos de 32 semanas ha demostrado una reducción en la incidencia de parálisis cerebral, en embarazo de mayor edad gestacional no hay evidencia contundente que soporte el uso de este fármaco, aunque algunos expertos no descartan su uso por su potencial beneficio.

## BIBLIOGRAFIA

1. Vogel, J., Oladapo, O., Manu, A., Gülmezoglu, A. and Bahl, R. (2015). New WHO recommendations to improve the outcomes of preterm birth. *The Lancet Global Health*, 3(10), pp.e589-e590.
2. Preterm Labour and birth. (2015). NiCE Guideline, NG25(2), p.1.
3. GYETVAI, K. (1999). Tocolytics for preterm labor: a systematic review\*1. *Obstetrics & Gynecology*, 94(5), pp.869-877.
4. Bellad, M., Dhumale, H. and Shravage, J. (2009). Preterm Labor: A Review. *JFAFOG*, 1(3), pp.1-4.

Recepción: 1 Agosto de 2017

Aprobación: 15 Agosto de 2017